

## **HANSENIASE – 10.09.08**

- É a lepra de antigamente. No Brasil não se fala mais em lepra devido ao preconceito.
- Esse nome é devido ao bacilo de Hansen.
- É uma doença infecto-contagiosa causada por um **bacilo intracelular obrigatório** (*Mycobacterium leprae*) que acomete principalmente pele e nervos periféricos. É o bacilo de Hansen. É um exame dermatoneurológico que deve ser feito (pele + nervos).
- Pode acometer órgãos internos em formas disseminadas e também há surtos reacionais (é como se o organismo criasse uma defesa – é a briga do SI com o bacilo).
- Há uma correlação nítida entre as formas clínicas da doença e o grau de imunidade do paciente – de acordo com a imunidade do paciente pode ter formas mais leves ou avançadas.
- Existe uma correlação nítida entre as formas clínicas e a imunidade – ela pode adoecer, adquirir forma latente ou formas mais leves ou graves.
- Se houver imunidade celular preservada – terá a forma BENIGNA. Uma imunidade deprimida com prevalência da humoral, há formas GRAVES.

### EPIDEMIOLOGIA

- Evita-se o termo lepra devido ao grande preconceito.
- O Brasil ocupa o 2º lugar de casos. Essa doença ocorre em países subdesenvolvidos.
- Estima-se que 2 a 3 milhões de indivíduos estejam incapacitados devido à hanseníase.
- Desde 1991 que a OMS busca eliminar a hanseníase como problema de saúde pública – a meta é de 1 doente para cada 10 mil habitantes. Ainda não conseguimos atingir.

### TRANSMISSÃO

- Contágio através do convívio com doentes que não estejam em tratamento.
- Há tratamento para essa doença. Nos nascemos com uma imunidade naturalmente, grande parte da população é resistente ao bacilo, mas alguns adoecem.
- O doente bacilífero é a principal fonte de infecção.
- Muitos pacientes podem estar contaminados sem manifestar a doença.
- VAS são a principal via de entrada e de eliminação.
- 185 mil bacilos são eliminados em 10 min de fala do doente virchowiano.
- Grande parte da população (85 a 90%) é resistente à doença (fator N de Rotberg) fator natural ...
- É um BAAR – cora pela fucsina e é resistente à descoloração com álcool e ácido. É intracelular obrigatório, encontrado em tecidos humanos isolado ou **agrupados em massas avermelhadas (globias). Só ele se apresenta dessa maneira.**
- Ciclo evolutivo lento – 11 a 13 dias para ele se desenvolver e a viabilidade fora do organismo é de 9 dias.
- É mais fácil conversando com alguém altamente infectado atingir do que por meio de fomites.
- Esse bacilo não é cultivável e isso é um dos motivos que faz com que ele ainda exista. Os estudos ficam parcialmente limitados. Não se conseguem fazer experimentos de alta inoculação em humanos.

❖ O tempo de incubação é de 2 a 5 anos – posso entrar em contato com o doente bacilífero hj e posso demorar 7 a 9 anos para desenvolver a doença.

❖ Ainda há dificuldade de não se cultivar e com isso temos dificuldade de manejar a hanseníase.

#### ❖ DIAGNOSTICO

❖ Na fase inicial evita comprometimento dos troncos nervosos e previne incapacidades físicas. Elas ocorrem geralmente por falta de diagnostico.

#### ❖ CLINICA

##### ❖ LESOES CUTANEAS

❖ Podem surgir manchas hipocromicas (esbranquiçadas), eritematosas (com vasodilatacao), hiperchromicas (acastanhadas), podem ser planas ou elevadas, poucas ou numerosas e podem aparecer em qualquer parte do corpo. Há diminuição ou ausência da sensibilidade ao calor, dor ou tato. Eles tem tropismo por terminações nervosas.

❖ Qualquer mancha branca, avermelhada ou escura com alteração de sensibilidade posso estar diante de um caso de hanseníase.

❖ Há também outras neuropatias que causam alteração de sensibilidade.

❖ E na hanseníase também pode ter apenas alteração da sensibilidade e não ter manchas.

❖ Dentre as pessoas que adoecem, algumas tem uma resistência ao bacilo – são casos paucibacilares – pessoas com pequeno numero de bacilos no organismo. Isso não é suficiente para infectar.

❖ Tenho **formas infectantes ou não infectantes** e estas ultimas são chamadas de **paucibacilares e as primeiras de multibacilares**. Quem define isso é o SI – capacidade de reagir ou não ao bacilo.

#### ❖ CLINICAMENTE

❖ **Formas indeterminada (I), tuberculoide (T), dimorfa (D), virchowiana (V).**

❖ No Brasil é adotada essa classificação, apesar de ter algumas mudanças.

❖ Um individuo sadio pode entrar em contato com o bacilo, pode ter uma infecção subclinica ou desenvolver o pólo benigno tuberculoide ou pólo maligno virchowiano.

❖ O paciente pode ter uma forma indeterminada e com o passar do tempo o organismo dele define se vai para o lado benigno ou maligno.

❖ Ou ele vira borderline (meio termo).

❖ Acredita-se que a forma indeterminada seja o começo de tudo. Seja a forma inicial da doença, ou a pessoa pode adquirir a forma I e ficar, dependendo do sistema imunológico.

❖ **Formas benignas – imunidade celular preservada – pode ser formas I ou T – que são paucibacilares.**

❖ **Formas malignas – imunidade celular não preservada – D ou V.** o dimorfo tem uma característica → há casos de dimorfos pauci ou multibacilares. Para fins de tratamento ele é considerado multibacilar.

#### FORMA INDETERMINADA

- Inicio da doença – paucibacilar.
- Apresenta-se como uma mancha hipocromica. Essa mancha, se eu fizer um teste de sensibilidade, ele estar alterado.
- Sempre é uma mancha hipocromica, bem delimitada que pode ter vários tamanhos com alteração de sensibilidade.
- Se encontrarmos essa mancha, é mandatário fazer o teste de sensibilidade.
- Ela se apresenta clinicamente com mancha hipocromica e alteração da sensibilidade!**
- O paciente tem que ser examinado como um todo.
- Geralmente, nas áreas de lesão, há uma rarefação de pelos, eles não se desenvolvem corretamente. Isso pode ocorrer no supercílios ou qualquer outra região com pelos por alteração das terminações nervosas.

#### FORMA TUBERCULOIDE

- É paucibacilar. Forma benigna.
- Há uma placa eritemato-ou normocromica de bordas papulosas.
- É tuberculoide porque há autores que consideram tubérculo como lesão elementar.
- Papula – lesão elevada ate 1 cm.
- O teste de sensibilidade esta alterado.
- Figura – lesão em placa com bordas papulosas ou tuberosas.
- Borda elevada, papulosa ou papulo-tuberosa.

#### FORMA DIMORFA

- Características de pólo V ou T. é dimorfa, boderline, é um meio termo, não foi definida.
- Pode ter manchas hipo ou hiper Cromicas, placas hiper Cromicas, gdes pequenas com bordas papulosas ou tuberosas. Há uma variedade de lesões.
- Geralmente se apresenta: com centro delimitado e na periferia pode ter uma ma delimitação – aspecto em queijo suíço, esburacado.
- Figura - Lesão quase imperceptível – confluência de manchas hipocromicas com hiper Cromicas. Caso discreto de difícil diagnostico.

#### FORMA VIRCHOWIANA

- Pólo mais grave. Altamente bacilifero e infectante. Altamente contagioso.
- Temos que buscar esses pacientes, porque o indeterminado não transmite e esse libera 185 mil bacilos em 10 min de fala.
- Há hiper Celularidade nos tecidos (infiltração).
- Tem uma face leonina. É a forma mais maligna.
- Infiltração de lobos auriculares também é comum, temos que examinar a orelha dos pacientes.
- Também pode ter um quadro de lesões discretas, que são infiltradas, disseminadas – a pele não tem consistência e textura normal, por isso temos que tocar no paciente.
- Pode ter lesões disseminadas. A consistência é infiltrada e espessada.
- Também pode ter lesões tuberosas, papulonodulares confluentes, infiltradas.
- Existe 2 formas:

📌 **Forma difusa** – hanseníase de Lucio ou bonita de Latapi – ao contrario da fascies leonina, a pessoa de tão infiltrada e edemaciada, apresenta uma pele esticadinha e limpinha, bonita. Há infiltração única, com perda de pele e alterações sensitivas.

📌 **Forma históide** – rica em bacilos, se assemelha a processos cicatriciais. Na biopsia há mtos bacilos. Pode ser uma forma particular da hanseníase virchowiana ou tem resistência a terapia, mas é classificada como V. há tubérculos, nódulos, parece queiloide. Na biopsia é altamente bacilifera.

📌 **LESAO DE PELE COM DIMINUIÇÃO OU PERDA DE SENSIBILIDADE** – HANSENIASE!!!

📌 **LESAO DE NERVOS PERIFERICOS**

📌 Além de inspeção e palpação das lesões, temos que palpar nervos espessados riquíssimos em bacilos. Se tiver espessamento, dor, choque a palpação, parestesia na região – rosto, braços ou pernas. Se tiver perda da força.

📌 O paciente muitas vezes não consegue segurar o braço, sem lesão dermatológica, apenas comprometimento de nervo.

📌 O paciente não tem força para fazer dorsiflexão no momento de caminhar.

📌 **A sensibilidade térmica é a primeira a sumir, depois a dolorosa, e por último a tátil (toque).**

📌 Principais nervos envolvidos – cubital, mediano, radial. O comprometimento deles levam a deformidades e incapacidades físicas – Mão em garra, Mão caídas.

📌 Se há acometimento de nervo radial, cai a mal, do nervo cubital – Mão em garra.

📌 MMII – nervo ciático – se há comprometimento desse nervo o paciente pode ter marcha tombante, não consegue andar.

📌 Nervo tibial posterior – responsável pela inervação dos dedos dos pés, então há dedo de martelo.

📌 Mal perfurante – diabéticos com neuropatias também podem ter além dos pacientes com hanseníase – úlceras nas regiões plantares.

📌 Nervo auricular acometido ou paralisia de nervo facial (lagofalmo), lesão do trigêmio (alteração da sensibilidade corneana – cistos e poeiras o paciente não sente na córnea, podendo ter traumatismos e cegueira se não tiver cuidado correto).

📌 **EXAMINAR NO EXAME DERMATO-NEUROLÓGICO**

📌 Auricular – pede ao paciente para virar o rosto e conseguimos ver o espessamento na região cervical.

📌 Radial – é difícil de ser visto.

📌 Cubital / ulnar – é mais fácil, há espessamento na região epitroclear.

📌 Mediano e radial – conseguimos ver com a deformidade – Mão magrinha por atrofia de músculos.

📌 Fibular e tibial – vemos pelo movimento do paciente.

📌 **FORMA NEURAL PURA**

📌 Sem lesão dermatológica com hanseníase.

📌 Áreas anestésicas com hipo ou anestesia

📌 Comprometimento assimétrico, espessamento neural e pode haver amiotrofias.

É considerada paucibacilar e precisa de diagnóstico precoce porque leva a deformidades físicas. O paciente precisa fazer biópsia de nervo sensitivo para não perder a musculatura e movimentos envolvidos.

Acredita-se que a biópsia tem que ser feita a partir do nervo afetado e não de nervo sural. Mas é difícil encontrar algum cirurgião que faz isso.

#### DICAS

Examinar o paciente a luz do dia ou numa sala bem iluminada.

Examinar todo o corpo não expondo a privacidade. Se ele se negar, registrar no prontuário.

Testar a perda de sensibilidade, sempre comparando com a pele normal.

**TESTE DE SENSIBILIDADE:** para testar a sensibilidade térmica preciso de 2 tubos de ensaio – 1 de água quente e 1 de água fria. Se não tiver condições disso, pego um chumaço de algodão seco e um com éter. Na área da lesão eu pergunto ao paciente, sem ele olhar se esta quente ou frio, encostando na área suspeita e na área normal. Posso também fingir que estou tocando e não tocar. Para pesquisar a sensibilidade dolorosa, preciso de uma agulha – testo se o paciente sente uma “perfuração” sem causar lesão. Toca com a ponta e com o cabo da agulha (perfurando ou tocando). Se não tem agulha, pegar uma caneta. Para pesquisar a sensibilidade tátil – com um chumaço de algodão, passo levemente na área lesionada e área normal. O paciente diz se sentiu ou não.

#### DIAGNOSTICO

**CLINICO:** Característica da lesão cutânea e inspeção dos troncos nervosos.

**Teste da histamina:** fácil de ser executado e difícil de ser encontrado. A histamina causa vasodilatação. Ela já vem pronta em microcapilares de vidro. Na área da lesão faço uma punção sem sangrar e coloco uma gotinha da histamina e faço a mesma coisa na área normal da pele. No paciente com Hanseníase não há o eritema reflexo que existe no paciente normal. A histamina promove vasodilatação devido a inervação, se o paciente tem dano neural, não há transmissão da informação e com isso não há eritema. É muito bom para crianças, principalmente de pele escura que não conseguimos ver a mancha.

**Teste de Mitsuda** – lisado bacteriano que não se usa mais. Era bem utilizado, a leitura se faz com 28 dias depois.

**Testes sorológicos** – mesmo sabendo que a imunidade humoral é aumentada e a celular é diminuída em pacientes Virchowianos, há dificuldade de encontrar ags. Conseguimos pesquisar ACS contra o PGL-1 presente na superfície bacteriana. Nos casos de paucibacilar não tem anticorpo.

**Exames complementares:** baciloscopia e biópsia de pele. Não é necessário para fechar o diagnóstico, para fins operacionais o paciente é dividido em pauci ou multibacilares de acordo com o número de lesões ou troncos acometidos. A baciloscopia deve ser bem feita, retira linfa de 4 sítios (orelha, cotovelo, joelhos). Colocamos em uma lâmina de vidro e mandamos ao laboratório. Não é necessária a baciloscopia. A biópsia da pele é ótima, mas se não tiver, iniciamos o tratamento apenas com a clínica.

- ❖ Próximo ao cotovelo – procuro nervo ulnar espessado.
- ❖ Terminações nervosas distais são as mais afetadas – pontas dos dedos.
- ❖ Eu posso não ter lesão nenhuma e sentir o nervo espessado.
  
- ❖ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- ❖ Manchas brancas. A pitiríase versicolor – pano branco é diagnóstico diferencial, mas uma é causada por fungo e a outra por bactéria, uma não tem sensibilidade alterada e a outra tem.
- ❖ Vitiligo ou qualquer doença que curse com manchas brancas.
- ❖ Forma T – dermatofitoses, psoríase, paracoccidioidomicose.
- ❖ Forma V – leishmaniose anérgica, etc.
  
- ❖ TRATAMENTO
- ❖ CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL
- ❖ De acordo com a qtd de lesões ou troncos acometidos, classificar em:
- ❖ **Paucibacilares**: até 5 lesões de pele ou apenas um tronco nervoso acometido.
- ❖ **Multibacilares**: mais de 5 lesões de pele ou mais de um tronco nervoso acometido.
- ❖ É controversa essa classificação.
- ❖ NA DÚVIDA SE É PAUCI OU MULTIBACILAR, TEMOS QUE TRATAR COMO MULTIBACILAR – formas mais graves e infectantes.
  
- ❖ TRATAMENTO INTEGRAL
- ❖ É distribuído gratuitamente na forma de poliquimioterapia.
- ❖ Há tratamento **medicamentoso**: PQT e **não medicamentoso**: orientações qto a sensibilidade, pode se machucar, sempre hidratar córnea devido a perda de sensibilidade corneana, exercitar musculatura de mãos e braços.
- ❖ O mais importante é a HUMANIZAÇÃO! Não ter medo de chegar perto do paciente.
  
- ❖ POLIQUIMIOTERAPIA
- ❖ PAUCIBACILARES: para esses pacientes, com formas não infectantes, são 6 doses supervisionadas (blister verde). O paciente toma na frente do médico – Rifampicina. Essa doença é bactericida e com isso há diminuição da chance do paciente atingir a forma D ou V. não podemos deixar a doença evoluir.
- ❖ MULTIBACILARES: 12 doses supervisionadas (blister rosa).
- ❖ Caso o paciente falte, sendo paucibacilar, posso fazer o tratamento em até 9 meses se ele faltar. Se nesses 9 meses eu não conseguir instituir as 6 doses, tenho que recomençar o tratamento. Avisar o paciente sobre isso.
- ❖ Para os multibacilares, tenho uma tolerância de até 18 meses.
  
- ❖ PAUCIBACILAR
- ❖ A fileira de cima são as doses supervisionadas – Rifampicina 300 mg (RFM – 600mg) cada uma (tem 2 cps) + Sulfona DDS 100 mg.
- ❖ Auto-administrado – DDS 100 mg.
- ❖ Tratamento por 6 meses.

#### MULTIBACILAR

- A cartelinha é maior. Dose supervisionada – sulfona, rifampicina e clofazimina. O paciente toma 6 cps no dia.
- RFM 600 mg, DDS 100 mg, CFZ 300mg
- Auto administrado → DDS 100mg, CFZ 50 mg (toma 1 cp de cada um por 12 meses)
- Há garantia de cura com esses tratamentos.
- Se o paciente esquece de tomar a medicação, ele pode tomar depois quando for fazer a dose supervisionada.

#### PRINCIPAIS EFEITOS

##### RIFAMPICINA

- Com a rifampicina a urina pode sair vermelha.
- O paciente pode ficar com coriza –sd pseudogripal.
- Diminui a eficácia de outros medicamentos como anticoncepcional oral.
- A grávida pode fazer o tratamento.

##### DAPSONA

- É uma sulfona e pode causar alergias, icterícia, anemia hemolítica. Se tiver icterícia tem que suspender a medicação e cuidar da fc hepática do paciente. Ouvir e prestar atenção nas queixas do paciente.

##### CLOFAZIMINA

- Deixa a pele mais ressecada e é fotossensível, fica com a pele mais bronzeada. Xerodermia.

#### SITUACOES ESPECIAIS E PQT

- Gestação – a grávida pode ser tratada. Se uma paciente com 8 meses e aparece uma forma T no rosto pequena, pensar se vale a pena tratar ou esperar 1 mês.
- Pacientes HIV positivos – ela se manifesta igualmente nesses pacientes e nos imunocompetentes. Estao estudando alguns casos diferentes de hanseníase em HIV.
- Tratamento concomitante para tuberculose – não preciso dobrar a dose de rifampicina, basta uma dosagem. (pirazinamida e ...)

#### SURTO REACIONAL

- É um surto aos bacilos lisados e a própria terapêutica.
- Não é um efeito adverso da PQT. É um processo inflamatório imunomediado.
- Depende da imunidade celular ou humoral do paciente.
- Principal causa de dano neural porque a inflamação é muito gde. É importante no manejo da PI (prevenção das incapacidades).
- Os surtos podem ocorrer antes, durante ou após o tratamento.
- O paciente pode tratar certinho e quando o paciente tem cura, no mês seguinte ele chega todo edemaciado, eritematoso.
- Tipo I (celular):** exacerbação da imunidade celular, exacerbações de lesões pre-existentes.
- Tipo II (humoral):** ENH, neurite, orquite, glomerulonefrite, vasculites, iridociclites, uveites, acometimento sistêmico.

- ❖ Fenômeno de Lucio: é mais raro.
- ❖ Esse surto é quando o paciente esta melhorando e de repente, no outro mês ele piora.
- ❖ Quando acomete as mãos – “mãos reacionais” Mao infiltrada, eritematosa, dolorosa.
- ❖ A inflamação é uma defesa, mas devemos cuidar porque ela pode causar danos.
- ❖ As lesões ficam mais protuberantes, infiltradas, podem formar papulas seguindo um trajeto de nervos.
  
- ❖ MANEJO DO SURTO REACIONAL
- ❖ Devemos manter a PQT e associar a medicações como **corticóides, ou AINES**. (geralmente usa-se prednisona e não se usa AINES). É obrigatório usar **talidomida** quando há eritema nodoso Hanseniano (ENH) – tipo II. Ela bloqueia o TNF-alfa, e o paciente não pode engravidar.
- ❖ Pode causar: a **prednisona** – HAS, hiperglicemia, hipercolesterolemia, osteoporose, catarata, surto psicótico. **Talidomida**: sonolência, lesões nervosas, constipação, etc.
- ❖ Para sabermos se é surto reacional ou recidiva, devemos dar corticóide – o surto responde ao corticóide que é um anti-inflamatório, mas a recidiva da doença não responde ao corticóide.
  
- ❖ VIGILANCIA DOS CONTATOS
- ❖ Verificar se a família é contaminada, verificar a BDG que confere um grau de proteção. Todo paciente deve ter a cicatriz da vacina. Se não tiver faz a 1ª dose e 6 meses depois a 2ª dose e isso confere um grau de proteção boa.
- ❖ Todos devem ser examinados clinicamente.
  
- ❖ NOVAS DROGAS E ESQUEMAS
- ❖ Para diminuir o tempo de tratamento estão sendo estudadas outras drogas.
- ❖ Bactericinas, quinolonas, macrolídeos, tetraciclina, etc.
  
- ❖ HANSENIANSE TEM CURA!!! É INFECTO-CONTAGIOSA!!!